W4
S18
1909
Gomes, L.F.

THESE INAUGURAL

DE

Luiz Francisco Gomes

1909

These

Faculdade de Medicina da Bahia

THESE

APRESENTADA

Á

FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

Em 30 de Outubro de 1909

PARA SER DEFENDIDA

POR

Luiz Francisco Gomes

NATURAL DO ESTADO DA BAHIA

Filho legitimo de Francisco José Gomes (fallecido)
e D. Julia Rodrigues Gomes

AFIM DE OBTER O GRÁO

DE

DOUTOR EM MEDICINA

DISSERTAÇÃO

A Cirurgia e a Medicina perante a Appendicite

CADEIRA DE CLNICA CIRURGICA

PROPOSIÇÕES

Tres sobre cada uma das cadeiras do curso de sciencias medicas e cirurgicas

BAHIA
Typ. do Salvador—Cathedral

1909

FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

Director—Dr. AUGUSTO C. VIANNA

Vice-Director—Dr. MANOEL JOSE' DE ARAUJO

LENTES CATHEDRATICOS

OS DRS.	MATERIAS QUE LECCIONAM
	1.ª SECÇÃO
Carneiro de Campos	Anatomia descriptiva.
Carlos Freitas	Anatomia medico-cirurgica.
	2.ª
Antonio Pacifico Pereira	Histologia normal.
Augusto C. Vianna	Bacteriologia.
Guilherme Pereira Rebello	Anatomia e Physiologia pathologicas.
	3.ª
Manoel José de Araujo	Physiologia.
José Eduardo F. de Carvalho Filho	Therapeutica.
	4.ª
Luiz Anselmo da Fonseca	Hygiene.
Josino Correia Cotias	Medicina legal e Toxicologia.
	5.ª
Antonino Baptista dos Anjos	Pathologia cirurgica
Fortunato Augusto da Silva Junior	Operações e apparelhos.
Antonio Pacheco Mendes	Clinica cirurgica 1.ª cadeira.
Braz Hermenegildo do Amaral	Clinica cirurgica 2.ª cadeira.
	6.ª
Aurelio R. Vianna	Pathologia medica.
. . . .	Clinica Propedeutica.
Anisio Circundes de Carvalho	Clinica Medica 1.ª cadeira
Francisco Braulio Pereira	Clinica Medica 2.ª cadeira
	7.ª
A. Victorio de Araujo Falcão	Materia medica, Pharmacologia e arte de Formular
José Rodrigues da Costa Dorea	Historia natural medica.
José Olympio de Azevedo	Chimica Medica.
	8.ª
Deocleciano Ramos	Obstetricia.
Climerio Cardoso de Oliveira	Clinica obstetrica e gynecologica.
	9.ª
Frederico de Castro Rebello	Clinica pediatrica.
	10.ª
Francisco dos Santos Pereira	Clinica ophtalmologica.
	11.ª
Alexandre E. de Castro Cerqueira	Clinica dermatologica e syphiligraphica.
	12.ª
Luiz Pinto de Carvalho	Clinica psychiatrica e de molestias nervosas.
João E. de Castro Cerqueira Sebastião Cardoso	Em disponibilidade.

LENTES SUBSTITUTOS

OS DOUTORES

José Affonso de Carvalho	1.ª	Pedro da Luz Carrascosa e J. J. de Calasans	7.ª
Gonçalo Moniz Sodré de Aragão Julio Sergio Palma	2.ª e	J. Adeodato de Souza	8.ª
Pedro Luiz Celestino	3.ª	Alfredo Ferreira de Magalhães	9.ª
Oscar Freire de Carvalho	4.ª	Clodoaldo de Andrade	10.
Caio O. F. de Moura	5.ª	Albino Leitão	11.
João Americo Garcez Froes	6.ª	Mario Leal	12.

Secretario—Dr. MENANDRO DOS REIS MEIRELLES

Sub-Secretario Dr. MATHEUS VAZ DE OLIVEIRA

A Faculdade não approva nem reprova as opiniões exaradas nas theses pelos seus auctores

D/8553

DISSERTAÇÃO

À Cirurgia e a Medicina perante a Appendicite

CADEIRA DE CLINICA CIRURGICA

PROEMIO

D'ENTRE as muitas e importantes molestias, cirurgicas e medicas, que constituem o vasto quadro nosologico do apparelho digestivo, destaca-se uma — a appendicite — á nenhuma outra comparavel por suas surprezas e por sua gravidade às mais das vezes sob apparente benignidade e que de ha muito reclama a attenção dos sabios em um estudo consciencioso de toda sua historia, que jaz ainda, senão de todo envolta em a gaze dubia do mysterio, pois varios dos seus pontos têm sido a causa de sessões scientificas inteiras, o motivo de innumeros debates pela imprensa medica, pelo menos esperando a ultima palavra sobre os seus mais importantes capitulos.

Si é verdade que é o tratamento cirurgico, dentro de certas e determinadas condições, e não o medico, o unico capaz de curar a appendicite, tambem não é falso, como deveriamos esperar ser o contrario por termos já o especifico remedio, que a appendicite mata, isto porque, máu grado o conhecimento da efficacia em urgencia feliz da

intervenção operatoria, não podemos sempre agir urgentemente logo ao inicio da lesão, o que quer dizer efficazmente, em todos os cazos de appendicite, pois para isto mistér fôra o firmar mui precoce de exacto diagnostico que difficil ainda ou impossivel quasi pela deficiencia symptomatica traductora desta appendicopathia e mais que isto que formas hypertoxicas não existissem trazendo já comsigo lesões graves e diffusas perante as quaes é problematica a Cirurgia.

Pois bem: demonstrar a superioridade do tratamento cirurgico sobre o medico, salientando tanto quanto possivel ao nosso alcance as vantagens do primeiro e os inconvenientes do segundo e ao mesmo tempo, firmada a impossibilidade, por deficiencia symptomatica, da exactidão sempre constante de urgente diagnostico, demonstrar ser a cura da appendicite, muito mais dependente dos caprichos dessa mesma appendicopathia e de sua difficil diagnose urgente, que realmente dependente da descoberta do

especifico remedio: tal a dupla questão que á largos traços nos propomos ventilar por entre as paginas desta these. Bem conhecemos agora a temeridade que tivemos em confiar á fragilidade de tão debeis hombros o encargo de tão pesada tarefa. Tarde é porém para recuar.

Ahi vae a nossa modesta these, exigencia legal que nos garante o gráu de Doutor em Medicina e que quanto ao nosso alcance nos esforçamos para bem cumprir, mas que merece ainda a propricia indulgencia de nossos Mestres, aos quaes pedimos que desculpem os erros do estudante e não reparem as falhas do novel escriptor.

Ahi vae nosso trabalho, traduzindo por entre as suas paginas a impressão que tivemos pelo estudo da appendicite, mormente sob o ponto de vista do tratamento, em cuja discussão entramos sem pensamento preconcebido, mas que entretanto não podemos deixar de engrandecer a Cirurgia que, em condições muito mais dependentes da propria molestia que della mesmo, ás suas numerosas e

importantes conquistas vem juntar mais essa: a cura da appendicite.

Duplo foi pois o nosso objectivo: se o conseguimos, digam-n'o aquelles que, entendidos na materia, forem alem destas primeiras paginas. E' tudo e nada mais.

LUIZ FRANCISCO GOMES.

A Cirurgia e a Medicina perante a Appendicite

Savoir est beaucaup,
être utile est plus encore.

ROSTAN.

Já de ha muito, desde o tempo em que a appendicite adquiriu a sua independencia, definitivamente substituindo-se á antiga typhlite, vem rolando em sciencia a grande questão, debatida sempre e sempre momentosa, do modo porque se deve tratar essa molestia: a inflammação do appendice vermiforme.

Largas discussões, serios debates existiram e infelizmente ainda existem sobre tão magno assumpto, em todo o vasto campo da sciencia medica, em que escolas se contrariam, theorias se entrechocam sem ainda chegarem a um accordo definitivo: uns no opinar erroneo de imaginaria importancia da Medicina; outros no enganoso admittir de um eclectismo clinico, contemporizando um pouco e operando quando *advinham* graves consequencias, pois nada lhes indica um prognostico no evoluir todo surprezo da appendicite; outros ainda ao fanatismo abso-

luto de operarem sempre, em qualquer phase da molestia, sempre esperando um feliz resultado; outros emfim no perigoso aconselhar de operação «á frio», theorias que se injuriam e se contradizem, inferiores todas áquella que aconselha a Cirurgia urgente e só urgente e com proveito nas condições em que ella sóe ser util. Não é a mania operatoria ou «febre» pela operação; não é operar indifferentemente em qualquer phase da molestia e sempre com esperanças de proveito; não é operar ainda «á frio», após á phase aguda, passando sem agir por esta phase; mas é procurar intervir, o mais urgentemente ao nosso alcance, tanto quanto possivel nas primeiras horas desta phase quente, á ver se ainda chegamos, antes que a lesão se propague, antes que microbios e toxinas, nesta lethal associação de lesões toxicas á lesões infecciosas, procurem alem dos limites da cavidade appendicular fazer sentir a sua acção nefasta e perigosa em orgãos outros da economia, que se vão depauperando aos mortiferos insultos destes seres microscopicos e de seus productos de elaboração, que uns e outros por toda parte se insinuam, ahi deixando o estygma fatal da sua trajectoria nas lesões do figado, do estomago, etc.

Não quer dizer porem o que dizemos, que rejeitamos, de um modo absoluto, a operação em qualquer phase da molestia e que portanto inactos ficamos quando impossivel fôr agir urgentemente. Não criminamos o cirurgião que

opera em phase adiantada da molestia, pois esse é seu dever, quando o doente lhe chegou ás mãos tardiamente; o que condemnamos é que elle «opportunize», que adie para operar mais tarde, quando pode fazel-o urgentemente e que orgulhoso, pretenda sempre agir curando. Infelizmente para nós e para a humanidade soffredora, porque deficientes os signaes traductores desta appendicopathia, não nos sendo possivel o firmar portanto mui precoce de exacto diagnostico logo ao inicio da lesão, valor algum pratico parece não ter o sabermos a efficacia incontestavel, quando ainda a appendicite com lesões locaes, do tratamento cirurgico urgente, que á primeira vista só terá um cunho de theoria, impossivel sendo a sua applicação na urgencia requerida e com feliz successo, porque impossivel termos um appendicitico no maximo de menos de 48 horas, tempo alem do qual é problematico o effeito curativo da Cirurgia, que se é capaz pela extirpação do appendice, de impedir a marcha da lesão quando ainda localisada a este orgão, não é sufficiente para reparar os estragos produzidos aqui e ali por toxinas e microbios emanados do foco appendicular.

Que não tragam alguns antagonistas, como elemento contrario á operação urgente, o facto de em certos casos succumbirem enfermos operados urgentemente logo após a primeira dôr, d'ahi pois se concluindo um imaginario triumpho da Cirurgia, ainda mesmo urgentemente estipu-

lada. Assim pensar é não saber que quando vamos operar, embora urgentemente, uma appendicite, não levamos de ante-mão a certeza absoluta de victoria prefirmada; é se esquecer de que nas formas hypertoxicas a primeira dôr é acompanhada já de graves lesões e o idéal do cirurgião é procurar intervir tanto quanto possivel no inicio do mal, antes que estas lesões existam e por isso procura operar cedo á ver se ainda encontra lesões locaes do appendice; é não se lembrar de que algumas vezes, mesmo antes que o individuo sinta o menor incommodo, já lesões mais ou menos intensas se estão formando, de modo que á eclosão do primeiro symptoma já é insufficiente a Cirurgia, não porque não seja ella capaz de curar a appendicite, quando ainda locaes suas lesões, mas sim porque o seu valor é problematico ante lesões disseminadas e diffusas.

Não guardamos pois a inteira convicção, ao maximo de um absolutismo censuravel, de que contamos chegar sempre, ainda mesmo agindo á primeira dôr, á tempo de intervir, curando, nesta phase primeira, que ousamos chamar phase da intervenção idéal, que não a phase quente em toda a sua duração, mais sim aquella parte desta phase que corresponde ao inicio da lesão, phase de intervenção essa que se algumas vezes coincide com os primeiros symptomas e nestes casos de valor certo a Cirurgia urgente, pode em outros casos (formas hyper-

toxicas) ser incubada aos primeiros symptomas correspondendo a outra parte da phase quente — a phase da generalização, — perante a qual já é insufficiente a Cirurgia.

Deve o clinico procurar sempre tanto quanto possivel operar cedo, não affirmando porem, antes do acto operaterio e do exame do appendice, se o doente se salvará, pois muitas vezes operando cedo, logo após o primeiro symptoma, elle já chega tarde do que culpa não terá portanto elle perante esta surpreza da molestia, que occultou em si mesma a phase da intervenção, que passou desapercebida, donde podemos, já ir concluindo que a appendicite,—a molestia das surprezas,—não é sempre susceptivel de cura á despeito de urgente intervenção, que não tem pois valor absoluto. Depende portanto, a cura da appendicite das condições inherentes ao processo infeccioso no momento da operação, por isso que devemos sempre agir precocemente, tanto mais quanto o inicio da lesão infecciosa sem manifestação clinica apreciavel não é senão uma rarissima excepção, mas não por isso impossivel de assim se apresentar.

Não acceitamos, pois, o exclusivismo absoluto d'aquelles que esperam sempre a cura da appendicite, quando interveem embora logo após os primeiros symptomas, nesta urgencia apparente que não é a urgencia que se faria mistér e que nos levaria á cura systematica e positiva

de toda appendicite, se não ainda contassemos com as surprezas desta appendicopathia, se não ainda inactos nos detivessemos ante a mudez insignificativa de sua existencia nas formas incubadas; guardamos, porém, com inteira confiança, o principio consolador de que operando urgentemente e encontrando ainda a lesão em seu inicio, o enfermo se salvará de certo, se ahi não intervêm obices outros extranhos, ao principio doutrinario da opportunidade operatoria.

Por isso mesmo que nada nos indica a marcha da molestia, por isso mesmo que a phase propriamente operatoria pode passar desapercebida, não devemos esperar para intervir, desde que tenhamos podido surprehender o diagnostico, pois só assim, contando nos avizinhar o mais ao nosso alcance do inicio do mal, temos grandes probabilidades de curar o paciente. D'ahi, já podemos concluir, não só os perigos á que expõe o clinico seu doente quando, opportunista, somente opera no momento em que lhe parece que a molestia aggrava-se, como tambem os graves prejuizos da operação «á frio», theoria deshumana, segundo a qual inacto assiste o clinico a epopéa sinistra de um ataque de appendicite esperando pelo resfriamento considerado obrigatorio para então extinguir *«un foyer que ne brule pas»* ; theoria condemnavel, que não se lembra que a appendicite é uma molestia perigosa, e como tal funesta, devas-

tadora quasi sempre quando á si mesma entregue e assim, pois, matando o misero paciente em plena phase aguda que infelizmente é a primeira e ultima phase das appendicites não tratadas, sendo o resfriamento uma rarissíma excepção; theoria lamentavel, que de certo não temendo á morte do doente em plena phase aguda, ou alheia á sua doutrina considerando a morte nesta phase, espera que o perigo se conjure por si mesmo para limpar o theatro da lucta.

E que diremos da ablação preventiva do appendice?

Será elle um orgão tão inutil que se possa impunimente extirpar do organismo ou tão digno de ser extirpado desde que elle só existe para nos expôr aos perigos da appendicite?

Entretanto se não é o appendice um orgão inutil, mas um reservatorio de leucocytos, o organismo não se altera pela sua ausencia congenita ou operatoria, de modo que nos quer parecer que antes deveriamos preterir estas pseudo-vantagens defensivas do vermium aos seus mortaes inconvenientes quando inflammado. Emfim si a Cirurgia ainda mesmo urgente no seu radicalismo, não pode cantar victoria de um modo absoluto, pois ahi estão as formas hypertoxicas á zombarem do *urgente* bistouri do cirurgião, o que não será com a Medicina que além de não agir especificamente é de acção lenta quando faz-se mistér agir urgentemente?

Talvez muitos acceitem a theoria dos eclecticos, que nada mais uma theoria de reconciliação e que consiste em contemporizar um pouco, estabelecendo o tratamento medico com todo o rigor, operando-se então si dentro das primeiras 24 horas os symptomas persistirem.

E' ainda este modo de pensar mui longe da verdade: 1.º porque a despeito do tratamento medico, em menos de 24 horas uma appendicite pode matar, sem annunciar este desfecho fatal; 2.º porque podem ceder os symptomas nas primeiras horas, pensando o clinico inexperiente ou apressado ter conjurado o mal, quando trata-se de uma accalmia, da qual passa o doente para a morte após rapida exacerbação dos symptomas; 3.º finalmente, porque mais tarde ou mais cedo, inopportunamente, quando por accaso a appendicite foi benigna e o doente salvou-se, elles vão operar, visto como devemos sempre temer as recidivas, não só pelo «reliquat» de infecção como pela presença do appendice do qual dizia Roux: «Ne doit dormir que s'il a son appendice dans sa poche». Nas formas raras de appendicite em que a lesão se limita ao appendice, do que porem não pode o clinico ter conhecimento, pois á symptomas benignos correspondem muitas vezes graves lesões, a primeira dôr coincidindo algumas vezes já com a obstrucção do appendice, a formação do foco, a imminencia de gangrena, si o doente estiver entregue a um clinico que applica o tratamento

medico e si a lesão não se tiver de propagar, a cura se poderá dar, não porque fosse capaz esse tratamento de trazel-a, mas porque a lesão não se generalizou (pois reside nesta generalização todo o perigo, sendo até susceptivel de cura expontanea a appendicite nos cazos em que tudo se resume ao appendice) ou porque não tinha o microbio muito exaltada a sua virulencia, ou porque sahiu victorioso o organismo na lucta phagocytaria, ou ainda porque por um processo chronico obliterou-se o canal do appendice, condições que nos demonstram que para que haja appendicite não é somente preciso microbio e appendice em quaesquer circumstancias, pois faz-se mistér que o microbio se exalte e que o organismo favoreça esta exaltação de virulencia, desde que copiosa e importante é a flora intestinal, mas não é a appendicite um estado normal do organismo humano. Mas qual será o signal que indica ao clinico o prognostico de uma appendicite? O que lhe garantirá a natureza da lesão, simples ou complexa, ainda local ou já em via de generalisação? O que lhe affirmará que tal lesão inicial se conservá sempre local? O que lhe despertará a attenção quando uma lesão vai generalizar-se? .

Nenhum signal. E então como poderá esse clinico contemporizar, tratar medicamente, o que quer dizer demoradamente, uma molestia, anatomo-pathologicamente, caracterizada por um fóco do qual se podem

generalizar toxinas e microbios, sem que as mais das vezes esta generalização se exteriorize por um signal, antes ao contrario sendo, facto notavel, acompanhada da declinação, embora discordante, de todos os symptomas, como é frequente se notar na peritonite appendicular, cuja manifestação se faz as mais das vezes silenciosamente, no curso de uma accalmia? Tratar a appendicite pelos meios medicos é uma presumpção eminentemente theorica que accarreta innumeros perigos, porque si sob o ponto de vista anatomo-pathologico, theoricamente, podemos admittir a lesão ligeira e a lesão grave, sob o ponto de vista clinico, aquelle que no momento mais de perto nos interessa, á lesão ligeira succede muito rapidamente a lesão grave, que hoje benigna, amanhã, ou algumas horas após tornar-se-ha bruscamente maligna, de modo que não ha symptomatologia caracteristica desta evolução, que nos garantindo o mal em benignidade, nos incite a applicar o tratamento medico.

Por isso mesmo que não sabemos se ha ou não esta benignidade, se a lesão tem ou não de se propagar, não havendo signal clinico que nos oriente neste sentido, devemos abandonar o tratamento medico que é duvidoso, nullo, inutil e fatal. E' duvidoso, porque não se conhecendo de antemão a natureza da lesão age-se em duvida, perdendo-se tempo gasto na inutilidade deste mesmo tratamento; é nullo, porque não agindo directamente

sobre a causa, o fóco, não impede que elle se generalize; é inutil, porque si nos casos brandos, pelo mechanismo que sabemos, o doente se restabelece, elle não o priva de segundo ataque, tanto mais temivel e mais certo quanto o appendice conserva-se adulterado pelo primeiro; é finalmente fatal, porque duvidoso, nullo e inutil, elle conduz o doente lentamente á morte, deixando que a lesão progrida, que os microbios se generalizem, que as toxinas se espalhem, toxi-infectando o organismo inteiro, quando esse mesmo organismo por seus elementos de defeza não triumphou no ataque.

Administrar o tratamento medico é não reflectir, é não se lembrar de que assim como a lesão pode ser limitada, tambem si o fôr, pode, repentinamente, se propagar sem que mesmo tenha tempo o clinico de buscar a operação como ultimo recurso e o doente morre antes intoxicado que infeccionado, pois é mais rapida a generalização das toxinas que a dos microbios.

E' o figado com as suas cellulas cheias de granulações gordurosas e bem assim os leucocytos encontrados no interior dos seus capillares, resentindo-se portanto da invasão que lhe fazem os elementos toxicos vehiculados pelo sangue das veias appendiculares e dos ramos da veia porta (grande e pequena mesaraica), dando logar ás hepatites toxicas, precoces, não purulentas, susceptiveis de cura, mas quasi sempre preludio de uma intoxicação

generalizada e ainda mais acompanhadas de ictericia toxica, muitas vezes tenaz, mais accentuada no rosto e nas conjunctivas, raramente generalizada, á primeira vista confundindo-se com a ictericia verdadeira, da qual, porém, clinicamente se distingue pelo exame das urinas, que habitualmente não contêm pigmento biliar verdadeiro, o acido nitrico não dando as reacções da bilirubina e biliverdina e o exame spectroscopico revelando a presença de urubilina (urubilinuria) e pigmento pardo. E' ainda o figado, na sua modalidade morbida de hepatite infecciosa, a mais temivel de todas as infecções á distancia consecutivas á appendicite, por isso que é ella, se bem que tardia, purulenta, infelizmente frequente, fulminante, devida aos microbios que, seguindo o mesmo caminho que as toxinas, determinam thromboses e phlebites, acompanhada de symptomas graves (calefrios, febre alta: 39°—40°, hepato-megalia rapida, ictericia e dôres), incuravel, com abcessos multiplos, 120 a 200 em poucos dias, de diversos tamanhos, superficiaes e profundos, communicantes ou não, perante os quaes é sem valor a Cirurgia e sem acção a Medicina, porquanto o abcesso unico é rarissimo, caso em que a cura se pode dar pela intervenção cirurgica. E' o estamago, com as suas placas echymoticas, erosões hemorrhagicas; com as suas grandes hematemeses (100 á 300 grammos de sangue), muito pouco espaçadas e em certos casos trazendo a

morte em pleno vomito. E' o rim, apparentemente são, com os seus elementos nobres mortos pela toxina appendicitica; com a sua nephrite toxica, sem outra manifestação clinica, além da anuria e da uremia em periodos mais adiantados, que a albuminuria mais ou menos intensa, precoce ou tardia, acompanhada (gravidade) ou não de cylindros granulosos, o que, porem, não deve favorecer o prognostico, pois o que é hoje uma nephrite simples pode ser amanhã muito grave. E' a pleura, com a sua pleurisia appendicular, algumas vezes sorosa, mas quasi sempre putrida, acompanhada ou não de pneumothorax, clinicamente traduzindo-se, após um ataque mais ou menos intenso de appendicite por tosse, dôr de lado, quasi sempre direito, pois si bem que raramente a infecção pode ir á pleura esquerda. E' emfim a derrota do organismo inteiro por toxinas e microbios. Pois bem: diante de todas estas perigosas eventualidades que estão aptas á surgirem inesperadamente no curso de uma appendicite que não é operada, terá ainda o clinico direito de contemporizar, ainda mesmo que seja elle do grupo dos eclecticos? Não ; pois, sendo esse tratamento incapaz, como já vimos, de evitar estes accidentes mortaes e traiçoeiros, não deve ser o escolhido e nem siquer tentado, na vã esperança de uma cura que não se pode dar. Si o tratamento medico não mascarasse, si não temessemos a generalização, impossivel de se surprehender, pois é

facto atravessarem os microbios as paredes ainda não perfuradas do appendice, sem modificação apreciavel do estado geral, que aliás parece tornar-se mais lisongeiro; si não fosse a marcha da appendicite tão cheia de surprezas; si algum signal nos orientasse relatívamente ao gráu progressivo do processo infeccioso; si não fosse em cavidade fechada que se elaborasse este mesmo processo; si não temessemos, emfim, as recidivas, talvez não repellissemos esse tratamento e até o aconselhassemos como fazemos em outras molestias inflammatorias de orgãos internos; infelizmente porem é elle tão inutil quão fatal e é a appendicite na acertada expressão de Dieulafoy a «grand maladie abdominale».

Digamos sem rodeios: só o tratamento cirurgico urgente e portanto no primeiro dia ou nas primeiras horas á contar do primeiro symptoma, emfim no maximo dentro de 48 horas, será capaz de curar a appendicite, que não a hypertoxica, a que já se inicia grave. Hoje que não mais consideramos a appendicite como uma molestia exclusivamente local, tendo a peritonite por unico accidente temivel, mas sim como uma molestia localizada ao appendice, apta porem em qualquer momento a generalizar-se á economia inteira, não podemos admittir o tratamento medico, nem mesmo cautelosamente á ver o momento desta generalisação para intervirmos, como logico talvez theoricamente pareça, pois

mesmo assim pomos em perigo a vida do paciente, desde quando é quasi regra invariavel que na appendicite não ha traducção clinica apreciavel do gráu mais ou menos intenso da lesão e muito menos da sua generalisação. Não nos é permittido pois, hoje que conhecemos o modo rapido e incubado pelo qual appendicite pode se generalizar, esperarmos em vão por symptomas vagos—traductores enganosos da sua generelisação — para intervirmos. Antigamente esperavam os clinicos a manifestação da peritonite, só naquelle tempo explicavel pela perfuração do appendice (a perforite de Peter), para operarem, pois como já dissemos era a peritonite o unico accidente temivel da appendicite hoje porem que pesquizas de laboratorio demonstram a existencia (por migração) de microbios nas paredes que formam a cavidade fechada do appendice, aptos á passarem ao peritoneu, donde a peritonite sem perforite; hoje, que autopsias nos revellam a infecção do peritoneu sem a manifestação clinica anterior de symptomas peritoniticos e vice-versa, que vemos symptomas de peritonite em appendiciticos, que aberto o ventre é intacta a sorosa peritoneal, donde a difficuldade e mesmo a impossibilidade de precisarmos o apparecimento da peritonite e tambem por serem muitas vezes subintrantes symptomas appendiculo-peritonicos; hoje, que bem longe estamos da antiga theoria de Talamon—phase appendicitica com symptomas appendiciticos e phase peritonitica com

symptomas peritoniticos—não acceitando mais como obrigatorio—um periodo preparatorio anterior á perfuração e um periodo peritonitico que lhe segue—admittirmos a perforite de Peter e a consequente peritonite como criterio operatorio será um crime, pois accidentes fataes, inclusive a peritonite, se podem manifestar matando o doente talvez com grande admiração do clinico que, satisfeito com a apparente benignidade do mal, esperava os alarmas da peritonite na vã esperança de poder combatel-a, desconhecedor de certo dos seus caprichos. D'ahi, não se conclua que negamos a peritonite por perfuração, nem tambem que duvidamos não haver exteriorização clinica de peritonite, independente dos symptomas appendiciticos, o que porem merece desconfiança, pois symptomas ha da appendicite que simulam muito bem uma peritonite.

Demais nos devemos sempre precaver contra toda sorte de melhoras que se apresentem na marcha de uma appendicite e ainda mais nos cazos sob acção do tratamento medico, que mascara symptomas, porque pode não ser esta melhora a verdadeira convalescença, da qual cumpre distinguil a, mas uma accalmia, essa surpreza frequente e funesta, que simula a verdadeira cura, diante do que muitas vezes o cirurgião inexperiente depõe o bistouri para ver o seu doente morrer em o curto espaço

de mui poucas horas, apresentando já lesões bastante adiantadas.

De facto, se abrirmos o ventre de um appendicitico em plena accalmia, podemos já encontrar o appendice gangrenado, duplo ou triplo, cercado de falsas membranas infiltradas de pús e já tambem a peritonite, porque, facto notavel, ella se apresenta quasi sempre em plena accalmia, á explicação do que invocamos a maior virulencia dos germens, quando presos na cavidade appendicular e a attenuação passageira dos mesmos quando, por perfuração ou por migração atravez ás paredes do appendice, chegam ao peritoneu, firmando-nos nas experiencias de Klecki, que verificou serem mais virulentos os germens de uma anse intestinal ligada (comparavel á cavidade do appendice), que os que passavam já ao peritoneu. Infieis e enganadores são os symptomas da appendicite, nelles não devendo o clinico depositar nenhuma confiança, pois não traduzem elles exteriormente o que se vai pelo appendice, diante do que só o desapparecimento urgente do foco, centro de todas nefastas irradiações, só a appendicectomia ao nosso alcance urgente, livrará o paciente, que não nas formas hypertoxicas, de consequencias desastrosas.

O principal fim do clinico no tratamento de qualquer molestia é sempre que fôr possivel atacar a causa ou o foco; no cazo presente, o foco é o appendice: logo é

nosso dever extirpal-o urgentemente. Mas é sempre dominando o tratamento medico a fatal theoria que para curar a appendicite é preciso passar pelo intestino! Realmente, si como hoje é perfeitamente provada a existencia necessaria de uma cavidade fechada, onde se elabore a toxi-infecção appendicitica, que importa a administração dos medicamentos internos, quer os purgativos, aconselhados por uns como meio antiseptico, na vã esperança de que elles irão combater a infecção lá na cavidade fechada do appendice; proscriptos por outros por augmentarem o peristaltismo intestinal, quando faz-se mistér o maximo repouso; quer os opiaceos, como meio sedativo do intestino; quer a belladona, favorecendo as secreções e os movimentos intestinaes?

E' aqui irracional, illogico o emprego dos opiaceos, porque emquanto elles procuram já impedir ou retardar a perfuração, paralysando o intestino, já circumscrever a peritonite por formação de adherencias peri-appendiculares, os infinitamente pequenos, grandes pela força expansiva que lhes imprime a virulencia, já caminham nesta diapedese microbiana atravez as paredes do appendice em demanda do peritoneu que infeccionam, já na torrente circulatoria se lançando infeccionam o figado, o estomago, etc. zombando pois de certos clinicos que em excesso temem a perforite e a consequente peritonite, como si ahi residisse todo o perigo da appendicite, como

si não existisse peritonite sem perfuração, emfim, como si fosse a peritonite o unico accidente mortal da appendicite! Demais nos diz a Therapeutica que o opio é constipante e nos demonstra a clinica que a constipação é um symptoma habitual da appendicite: e, então como vamos pela propriedade anexosmotica do opio ainda mais favorecer a retenção de fezes, indo parar talvez em uma obstrução intestinal?!

Longe de serem uteis, estes medicamentos mascaram a molestia, fazem crer uma real convalescença, mas o laboratorio appendicular lá está gerando toxinas que vão intoxicar o organismo inteiro, lhe trazendo a morte, emquanto o clinico satisfeito talvez com essa apparente benignidade que elle julga o inicio da cura, mas que não é senão as mais das vezes o começo do fim, insiste ainda erroneamente no tratamento medico!

Verdade é que o tratamento cirurgico, si não fôr urgente, estipulado ainda quando todo mal se limita ao appendice, valerá tanto quanto o tratamento medico, por isso que não somos partidarios da operação sempre seguida de exito em qualquer epoca da evolução do mal, mesmo na phase quente mas em seus ultimos dias, pois é o dia da phase quente (á contar do primeiro symptoma nas formas curaveis, nas appendicites que se podem curar pelo tratamento cirurgico muito urgente) e não propriamente a phase quente, o elemento favoravel ao bom exito opera-

torio. Não basta operar; é preciso fazel-o em tempo e é por isso que vacillamos, quanto ao resultado, em operar uma appendicite de mais de 48 horas, aqui não tendo já as grandes probabilidades de curarmos como antes deste prazo, alem do qual quasi no total dos casos a lesão já se generalizou e que tambem repellimos a operação, «á frio» não criminando porem o cirurgião que a pratique, quando cessada a phase aguda da qual não foi elle o assistente, opera agora para evitar as recidivas, para salvaguardar o futuro, mas sim aquelle que de proposito, sem razão plausivel e scientifica que apoie esse seu incorrecto proceder, espera para operar que a appendicite se resfrie, sem se lembrar que o doente pode morrer na phase aguda, sem tratamento racional, porque se esperava o resfriamento obrigatorio, que ás mais das vezes não se dá.

Cremos no tratamento cirurgico urgente: pois si ha um foco, donde se podem generalizar toxinas e mais tardiamente microbios e si nós conseguimos extirpal-o antes que esta generalização se dê, claro é que a cura será a consequencia. Vemos portanto que o nosso ideal deve ser operar, com esperanças que se podem ou não realizar, tanto quanto possivel em uma epoca visinha do inicio do mal até as primeiras 48 horas no maximo extremo. Mais tarde, nos casos em que tarde se nos apresenta o doente, é nosso dever operar, pois

raramente embora, por um destes caprichos da natureza, extrahido o fóco pode se dar uma abcedação da molestia e a cura; entretanto operamos quasi sempre sem esperança, antes mesmo por um descargo de consciencia, tendo feito porem á familia do doente a declaração previa disso mesmo, pois si até esse momento (48 horas) em geral o perigo é limitado ao foco appendicular, alem delle a generalização é quasi a regra.

Si muitas vezes portanto operando cedo logo após a primeira dôr encontramos já lesões irreparaveis o que não será se operarmos tarde? Será a morte e fatalmente a morte inevitavel á por fim á vida angustiante de um appendicitico, que não se lembrou ou não lhe foi lembrado recorrer precocemente ao cirurgião á ver si a sua appendicite era ainda em tempo de curar-se, emquanto se detinha entre a hesitação e talvez o medo que mormente lhe fazia com a accalmia enganadora de sua molestia recuar do cirurgião, contentando-se com esta bagagem cazeira, que neste particular tanto mal faz á nós e a humanidade soffredora, que demais confia no tratamento medico prescripto por um clinico, que tentando fazer muita couza nada faz e que somente automato, sem vontade, sem consciencia, poderosamente contribue para por fim á vida do paciente.

*
* *

Infelizmente porem ainda não depende somente a cura possivel desta appendicopathia da apresentação precoce do enfermo para ser urgentemente operado, mas sim tambem do clinico em fazer bom e urgente diagnostico do qual depende a indicação operatoria tambem urgente, pois muitas vezes, á despeito da apresentação precoce do doente, pode o clinico desconhecer a molestia, formulando talvez um falso diagnostico, inconscientemente retardando a operação, isto porque ainda deficientes os meios investigadores e os signaes traductores da appendicite, que em lugar de auxiliarem, desnorteiam o clinico que não firma diagnostico, que deve ser o nosso ideal, sempre pesquizando o meio de chegarmos a elle com mais precisão, pois si é elle que bem formulado indica a operação urgente e a cura consecutiva, á não falar nas formas hypertoxicas, é tambem elle que falseado, affastando a idéa de appendicite proscreve a operação, donde resulta a morte do enfermo victima de um erro diagnostico, quando não temos ao contrario de lamentar a intervenção cirurgica em casos indebitos, por deficiencia diagnostica do clinico que vê a appendicite onde ella não existe. E' a questão do tratamento indiscutivelmente ligada á questão do diagnostico, pois aqui como em outra qualquer enfermidade não pode haver tratamento racional e proveitoso sem diagnostico preciso, o que ainda

quasi impossivel na appendicite, quanto á interpretação clinica dos symptomas locaes, para não falarmos nos symptomas geraes que nada trahem de caracteristico, não fielmente traduzindo a gravidade das lesões.

Realmente, ha uma triade (dor, hyperesthesia cutanea e defeza muscular) que acompanha sempre (diz Dieulafoy) a appendicite, pois, si bem que muitas vezes mascarada, poderá ser surprehendida em um exame repetido, o que desde logo reprovamos porque (como urgentes devemos ser) não podemos perder tempo em busca desta triade-syndromo, em alguns casos clara, é verdade, e nestes de algum valor, mas não ainda isempta de levar o clinico á fazer um falso diagnostico (como provaremos mais longe), em outros cazos larvada e obscura, o que nos demonstra clinicamente a sua insufficiencia para impor um diagnostico do qual com segurança possamos deduzir a intervenção cirurgica urgente.

Ao contrario do nosso modo de ver, pensa Dieulafoy, que deposita confiança absoluta nesta triade, localizando-a em o ponto dicto *caracteristico* de Mac-Burney, (centro de uma linha que vai do umbigo á espinha iliaca antero-superior direita), affirmando ser appendicitico o portador desta triade nesse ponto e portanto negando a possibilidade de uma appendicite em um enfermo, que apresenta a referida triade em outro ponto que não o de Mac-Burney, pois liga Dieulafoy tanta importancia á

localização de sua triade nesse ponto, que chega á fazer dessa localização elemento capital de differenciação da appendicite para com outras molestias que á ella se assemelham. Não querendo falar na maior ou menor accentuação desta triade que pode ser mascarada ou imperceptivel ah! muitas vezes pelo tratamento medico; sem nos referirmos ás susceptibilidades clinicas na sua apreciação, muitas vezes encontrando-a *suggestivamente* o clinico onde ella não existe ou negando-a onde ella se manifesta; sem nos reportarmos ao caracter da dôr, como symptoma subjectivo, pois esse caracter nos é fornecido pelo doente e sabemos quão duvidosa pode ser essa informação, apresentamos sem mais commentarios a negativa anatomica de Tillaux, baseando-se na variabilidade da posição do caecum na fossa iliaca direita e consequentemente na impossibilidade de corresponder sempre a inserpção caeco-appendicular ao ponto de Mac-Burney. Demais esta triade exteriorizando uma appendicite pode ser acima deste ponto, quasi á invadir o hypocondrio direito, nos cazos de appendice de typo remontante, o que de certo nos difficultará o diagnostico, si concordarmos com Dieulafoy, donde resalta mui claramente a insufficiencia diagnostica desta triade.

Cremos que sendo variavel a relação do ponto de implantação do appendice no caecum com o ponto de Mac-Burney e demais sendo variavel esta implantação

conforme o desenvolvimento do caecum se faz á custa desta ou daquella parede, chegando mesmo, nos recem-nascidos á permittir que o appendice seja a porção terminal da ampola caecal, de certo a triade variará tambem de localização, o que nos vem ainda demonstrar que a sua ausencia do ponto de Mac-Burney não exclue a possibilidade de uma appendicite de systematização clinica differente pela posição ectopica do caecum, tanto mais quanto as hetero-taxias ileo-caecaes para a fossa iliaca esquerda poderão explicar os erros de diagnostico commettidos por clinicos, que acreditam que não existindo a triade no ponto de Mac-Burney não póde haver appendicite. Não será portando com a localização desta triade que chegaremos a um diagnostico sempre seguro e urgente do qual possamos deduzir scientificamente a indicação operatoria, pois ahi estão os factos e observações de localizações anomalas de symptomas appendiciticos, dependentes de migrações ileo-caecaes, o que realmente se pode dar sem quebra do funccionalismo das visceras abdominaes, causa que nos difficulta ainda mais o diagnostico, pois, nenhum signal, desde que ha entre orgãos transpostos feliz harmonia physiologica de transposição de visceras, nos faz crer nesta anomalia, que só poderia ser verificada si levassemos o misero paciente ao campo esclarecido dos fluorescentes raios de Röntgen.

Mas não é tudo : si ha casos em que o clinico não pode

fazer diagnostico por falta da localização symptomatica costumada, nem siquer pensando em uma appendicite, o que quer dizer que a triade traduzindo essa molestia pode se localizar em outro ponto que não o de Mac-Burney, embora seja este mais frequente, mas não exclusivo, outros casos existem em que elle vê a appendicite onde ella não existe, levado por uma pseudo-triade, o que bem prova que não é forçosamente appendicitico o portador desta triade nesse ponto. Supponhamos uma peritoníte primitiva pneumococcica com a «triade» na fossa iliaca direita, febre, vomitos e diarrhéa. Não haverá disparate (si considerarmos a triade como symptoma pathognomonico), em pensarmos na appendicite, pois já conhecemos appendicite com diarrhéa, embora raramente, o que não impede que á qualquer momento esteja o clinico diante de um destes casos raros; não implicando ao diagnosfico differencial a natureza da dôr, o seu modo de inicio, a sua localização, signaes importantes theoricamente, mas de nenhum valor pratico, pois é a dôr um symptoma subjectivo, variavel de intensidade conforme os temperamentos, passando mesmo despercebido ao doente, mormente si de baixa classe ou si creança, o seu caracter progressivamente crescente, quando existe esse caracter.

Felizmente aqui más consequencias não deverá ter o falso diagnostico, pois tambem a peritonite requer operação

urgente; infelizmente porem, ainda se tenta curar medicamente a appendicite!

E' ainda outras vezes pensando o clinico na appendicite, quando trata-se de uma simples typhlite ou banal grippe intestinal e isto porque elle não pode deixar de assim pensar, forçosamente levado por essa pseudo-triade dolorosa, de nada lhe servindo á favor da typhlite a informação de um passado intestinal, porque nada lhe dirá que este passado, ao em vez de prodromos da typhlite não seja os *reliquats* de uma appendicite anterior!

E quantas vezes a cura pelo tratamento medico destas suppostas appendicites vem augmentar a crença nesse tratamento?

Quantas outras vezes a possibilidade em confundirmos uma simples indigestão com uma appendicite, curando-se por um simples purgante de oleo de ricino e deste modo ainda augmentando o numero daquelles que pretendem curar a appendicite com um simples purgativo?

E tudo isso porque ainda não conhecemos o symptoma pathognomonico da appendicite!

E' ainda, inversamente, a classica confusão entre a appendicite e a typhlite, pensando o clinico na segunda quando trata-se da primeira embora hoje não possamos mais responsabilizar o caecum pelos accidentes appendiculares, porque de facto já vai longe o tempo em que ao engurgitamento caecal por materias fecaes eram attri-

buidos os accidentes originarios do appendice e não do caecum; não, que este ultimo orgão seja impossivel de se inflammar; não, que não exista realmente typhlite (o que si affirmassemos seria ignorarmos as typhlopathias typhica, dysenterica, syphilitica e tuberculosa) mas que typhlite não era o que se dava como tal, pois que não se tem visto as inflammações isoladas do caecum determinarem a gangrena, a perfuração deste orgão e a peritonite, bem que nos lembremos da molestia de Gambetta, em que havia ulceração, gangrena e suppuração do caecum, mas lesões de typhlite consecutivas e tributarias das lesões appendiculares.

Quantas vezes sob a apparencia de uma banal indigestão occulta-se uma appendicite?

Quantas vezes vomitos de sangue que em alguns casos matam o doente no proprio esforço do vomito, são erroneamente tomados por cancros do estomago, quando são elles a traducção clinica de uma gastrite hemorrhagica appendicular?

Quantas vezes uma appendicite simula uma colica nephretica, apresentando até como esta dóres na côxa e retracção do testiculo direito, o que podemos explicar por excitar o tumor appendicular o nervo genito-cural, cujo ramo genital vae ter ao scroto e ao cremaster e cujo ramo crural dá filetes cutaneos á parte supero-anterior da coxa, não implicando ao diagnostico differencial o caracter da

dôr na colica nephretica de desapparecer como por encanto no fim de 1 á 2 dias, após a queda do calculo na bexiga, pois que tambem na appendicite, no fim de 1 á 2 dias e ás vezes de um dia para outro, pode a dôr desapparecer expontaneamente?!

Quantas vezes sob os symptomas de uma supposta colica hepatica, occulta-se uma appendicite de typo remontante, com irradiações dolorosas á espadua direita, com ictericia, consequencia da lesão do figado pelo veneno appendicitico?

Demais, será um impossivel, que confunda um clinico uma appendicite com uma colica saturnina de forma typhlalgica?

Não; pois, de elemento ao diagnostico differencial, não têm valor aqui os symptomas particulares do saturnismo, porque nada impede uma apendicite no curso desta intoxicação. Tambem si não é a appendicite a conclusão obrigatoria das entero-colites, nada nos impede de acceitar uma concomitancia toda fortuita entre uma colo-typhlite e uma appendicite. Basêa-se Dieulafoy para fazer o diagnostico differencial principalmente sobre a diffusão das dôres (barre douloureuse) nas colo-typhilites e a localização das mesmas na fossa iliaca direita, na appendicite. Ora ambas evoluindo ao mesmo tempo, a dôr de certo é generalizada: logo tratar-se-ha simplesmente de uma colo-typhlite, pois a dôr da fossa iliaca direita

(divida á appendicite que não foi diagnosticada) correrá por conta da typhlite. Como a appendicite não cura-se com o tratamento das colo-typhlites que é medico, a sua lesão progride rapidamente matando o doente, victima (é apparentemente logico) da colo-typhlite. Entretanto faz-se autopsia e são encontradas tambem lesões de appendicite.

Onde, pois, a significação clinica caracteristica e pathognomica, ainda aqui, da triade dolorosa?

Demais, ahi está a appendicite «phantasma» á zombar da argucia do clinico o mais experimentado, pois é a Histeria,—a grande simuladora—capaz de tudo, de se assemelhar á todas as molestias e não nos esquece o caso *typo* de esclerose em placas, obra da Histeria, que enganou á Charcot, o proprio que melhor conhecia os seus estygmas. Alem disto, (e para demonstrar ainda a a insufficiencia diagnostica desta triade), casos ha em que a appendicite se exterioriza muito benignamente e cede quasi logo, pelo menos apparentemente, pois em face da appendicite «la benignité n'est qu'apparente»; mas entretanto a lesão progride silenciosamente; sem manifestação clinica apreciavel passa ao peritoneu, produzindo alguns dias após, supponhamos, um empyhema sub-phrenico, caracterizado então por dor no hypocondrio direito, que se deforma, apparente hepato-megalia (porque o figado é recalcado pelo pús); quando não

vai alem esta lesão, perfurando ou não o diaphragma, assestar-se na pleura, então surgindo a tosse e o « point de cotê », significativos de uma pleuresia purulenta putrida direita, pois a puncção nos revellará estes caracteres. O clinico chamado a vêr esse doente, que não tem mais dôr no abdomem, pensará em uma surpreza da appendicite? Não; pois, não encontrará elle nenhum signal que lhe denuncie o laboratorio appendicular e nem mesmo o interrogatorio si fôr preciso e coherente lhe ajudará, pois a phase propriamente appendicitica abdominal, passou mesmo quasi desapercebida do proprio enfermo.

Entretanto fará o clinico a thoracentese; mas, de certo morrerá o enfermo, desde que rarissimos são os cazos de cura pela simples operação do empyhema, pois o laboratorio appendicular que não foi ainda descoberto continúa surdamente á devastar a economia inteira. Onde pois ainda aqui a importancia diagnostica da triade dolorosa? Onde um symptoma que esclarecesse o clinico perante essa surpreza da appendicite? E que bellissima lição para aquelles que conferem caracter pathognomonico á triade symptomatica? E que prova irrefragavel de que nocivo e deshumano é o pensar dos temporizadores, que se contentam com a nullidade fatal e perigosa do tratamento medico, que bem se satisfazem com esta cedação traiçoeira de symptomas, com esta cura apparente,

que dá ás vezes esse tratamento, emquanto a toxi-infecção abre caminho em outras partes da economia!?

E' ainda outras vezes (apezar do supposto caracter pathognomico da triade-syndromo), a possibilidade de confusão entre uma perfuração do «ulcus» duodenal ou estomacal e uma appendicite. Si, no caso de uma destas perfurações, brusca e muito intensa é a dôr, localizada na região sub-hepato-gastrica e não no ponto de Mac-Burney, surgindo no curso de excellente saúde, e si em geral de caracter ascendente e não brusco a dôr da appendicite, e (como quer Dieulafoy) localizada no ponto de Mac-Burney, dahi já se podendo colher dados differenciaes, comtudo a clinica nos diz não ser impossivel surgir uma appencicite no curso de excellente saúde (sendo até esse modo o mais frequente), apresentando dôr intensa e brusca, muito dolorosa a região peri-gastrica e mesmo mais que o ponto de Mac-Burney. (Monod et Vanverts). Além disso, o que impede que o appendice e o caecum sejam incravados na região sub-hepato-gastrica (como Michel os encontrou uma vez entre o figado e o diaphragma) e ahi portanto localizada a dôr da appendicite?

Não se deduza porém do que até aqui vimos demonstrando, que dizemos ser incapaz a triade, no ponto de Mac-Burney, de traduzir uma appendicite, de ser uma manifestação dessa molestia, de ser, emfim, um signal

de alerta ou desconfiança para o clinico, pois é a appendicite mais frequente do que pensamos, mais temivel do que julgavamos, mais digna de preoccupar sempre o espirito do clinico sem entretanto leval-o ao fanatismo de querer vel-a por toda a parte; o que não cremos é que seja ella um signal bastante para impôr um diagnostico de appendicite, uma manifestação exclusiva desta appendicopathia e como tal capaz de traduzil-a pathognomonicamente.

Sabemos muito, sabendo que é o tratamento cirurgico o unico capaz de curar a appendicite (dentro de certas e determinadas condições, muito menos delle dependentes que da molestia da qual é elle o unico adversario extra-organico); mas de nenhum modo se compara esse saber que já é muito, á utilidade pratica e realizada que teria elle, si, porventura bem precisa symptomatologia cedo e muito cedo chegassemos á bem firmado diagnostico; e, então, alliando a certeza precoce deste mesmo diagnostico ao positivismo do tratamento cirurgico e mais á bôa vontade do enfermo em ser operado, teriamos relativamente, como relativo é tudo em clinica, resolvido a grande questão da cura da appendicite.

Sabemos que o verdadeiro idéal é operar cedo e o mais cêdo possivel; mas tambem sabemos não só ser impossivel chegarmos sempre á este resultado como tambem que á despeito de uma operação urgente (ao nosso

alcance) a appendicite pode ter um desfecho fatal; portanto, si é resolvido o capitulo do tratamento, isto é da conducta que deve ter um clinico em face um caso de appendicite, não são ainda definitivamente resolvidos os capitulos do diagnostico urgente e da cura propriamente dicta.

Acclaremos o campo diagnostico da appendicite, levemos á luz da evidencia uma caracterisação precoce, bem definida e typica dessa molestia (caracterisação da qual depende em parte a cura da appendicite pelo tratamento cirurgico) e então annullaremos de vez o preconceito theorico do tratamento medico, porque de facto si ainda certos clinicos admittem esse tratamento, o fazem porque ainda não viram a efficacia definitiva da Cirurgia, em todos os casos (que não hypertoxicos), de appendicite.

Não existissem formas hypertoxicas, não fosse insignificativa a symptomalogia da appendicite, certo já teriamos chegado á este resultado; entretanto como impossivel impedirmos as formas hypertoxicas, esperemos que se descubra o meio de chegarmos ao diagnostico o mais urgente, do qual depende a applicação tambem a mais urgente da intervenção cirurgica. Hoje, chegamos ás vezes tarde, ainda agindo precocemente (ao nosso alcance) não só porque a lesão pode já existir em quasi incubação, como tambem por defficiencia diagnostica; amanhã de certo, mas tão somente, peccaremos ante as

formas incubadas e não por falta de diagnostico, ou por não pensar em intervir, pois confiantes na descoberta de um symptoma pathognomonico, de quem depende o diagnostico preciso, ao qual se liga a intervenção cirurgica precoce e proveitosa, estamos certos que não mais se contemporizando, não mais tambem se lembrará nenhum clinico de «opportunizar» ou de operar á «frio» pois não é o facto da cura toda casual de uma appendicite (cura que aliás pode ser complicada pelas perfurações secundarias do intestino ou pelos abcessos erraticos) após tardia operação, que nos deve levar a crer que se deve ou se pode impunemente, sem perigo, adiar a operação, opportunizar, emfim.

. . . .

Já vai bastante longa a nossa these: cumpre terminal-a. Não deixaremos, porém, cahir o ponto final, sem que, em complemento necessario ao nosso modo de pensar, finalizando a nossa these, seja-nos permittido ainda o que se segue, á guiza de explicação. Não nos insurgimos contra o tratamento medico porque talvez julguemos seja incapaz a Therapeutica de curar o appendicite, quando (quem sabe?) para o futuro conte entre os seus medicamentos uma substancia que satisfaça as condições exigidas pelo processo physio-pathologico da appendicite, sendo prova cabal de que contrario é o nosso modo de entender, o facto, de que nós mesmos (que em justo enthusiasmo

pelas conquistas reaes da Cirurgia salvadora, nos resolvemos sempre á operar, não dominados entretanto ao fanatismo absoluto de sempre cura certa e mathematica, como si ao em vez de—enfermos—tratassemos—molestias—) applicariamos esta mesma substancia, porque si aconselhamos a Cirurgia muito urgente como especifico remedio, é porque ella faz-se mister, e não pela simples vontade de operar, pois se limita, e tão somente, o nosso consciente grito de revolta em a critica sincera e desinteressada desta bagagem nulla, inutil e fatal do tratamento medico.

Cumpre, porem, aqui tornar bem claro que em nós não vai contradicção quando affirmamos nullo, inutil e fatal o tratamento medico e quando já dissemos lenta a acção da Medicina, porque em tal dizer não transpareça talvez o pensamento de que si porventura lenta fosse a evolução da appendicite, propicia fosse a Medicina de curar, como tambem não nos é dado admittir a cura medica de formas limitadas. Dizemos lenta a acção da Medicina, em referencia á Cirurgia, que sendo urgente vai logo « in foco » combater o mal, emquanto a Medicina ainda mesmo urgente, sem acção « focal » dá tempo ao mal de se estender e assim fazendo um tempo precioso vai gastando, sempre illudindo ao clinico no bem-estar fingido de melhoras apparentes, que, não a cura, a morte prophetizam. Alem disto, si lenta realmente fosse a acção da Medicina, si

acção e demorada tivesse ella «in foco» (sendo propicia de curar, si porventura lenta a evolução da appendicite) nulla, inutil e fatal seria ella ainda; porque de facto que lhe importava ao clinico a cura lenta medica, quando em verdade facil lhe não era o conhecer as formas limitadas e quando em outras que não n'estas seria inacta a Medicina?

E' nullo, inutil e fatal o tratamento medico porque principalmente não é elle urgente ante a frequente galopante marcha de uma appendicite; é lento o mesmo tratamento porque ensina elle ao clinico á «esperar, esperar e esperar» sem resultado util, até que o leva á ver o desfechar sombrio desta epopéa triste, que vai da vida enferma á morte verdadeira. Por emquanto, (como dissemos logo no começo) que lhe fique á Medicina esta importancia imaginaria que lhe confere o opinar erroneo dos seus propagandistas; mais tarde sim, talvez a descoberta de um meio medico realmente debellante ou abortivo desta appendicopathia, meio que na condição de ser urgente e especifico em nós encontrará inteira e plena acceitação; e basta isto dizermos para ficar bem claro que em nós não vai despeito quando de todo desconhecemos importancia curativa nos meios medicos até hoje conhecidos, para somente conferir-lhes nullo valor, inefficacia extrema, porque, de facto, essa, a só *acção* que lhes reconhecemos. Que não pensem, portanto, alguns antagonistas que inconscientemente profligamos a

temporização só p'ra que possamos, em campo aberto á *exhibições apparatosas, dar trabalho* á Cirurgia, como si porventura por seu emprego na appendicite, precisassemos ampliar os seus dominios já tão vastos, como si por accaso ainda desconhecidas ou negadas fossem hoje as glorias e victorias que honradamente cabem á Cirurgia consciente, justa e scientifica.

PROPOSIÇÕES

Tres sobre cada uma das cadeiras do curso de sciencias medicas e cirurgicas

PROPOSIÇÕES

ANATOMIA DESCRIPTIVA

I

É o appendice um tubo flexuoso, extenso de 4 á 12 centimetros, largo do 8 á 10 millimetros, ordinariamente implantado na face postero-interna do caecum, no adulto, á 2 ou 3 centimetros abaixo da valvula de Bauhin.

II

Possue um canal central, irregular, de 3 á 4 millimetros de diametro, fechado na extremidade livre, aberto e provido de uma dobra semi-lunar (valvula de Gerlac) na extremidade adherente.

III

Muito variavel a sua direcção.

ANATOMIA MEDICO-CIRURGICA

I

O ponto de implantação do appendice no caecum, varia conforme o desenvolvimento deste ultimo se faz á custa d'esta ou d'aquella parede.

II

O recem-nascido tem o appendice como porção terminal do caecum.

III

Não é o caecum em relação com o tecido cellular da fossa iliaca, do qual o peritoneu, o separa.

HISTOLOGIA

I

O appendice possue as mesmas tunicas que o grosso intestino.

II

Vasta placa de Peyer é elle por alguns considerado, que o acham rico em folliculos fechados, embora o negue Sappey.

III

E' elle por outros considerado um reservatorio de leucocytos, na entrada do grosso intestino, como as amygdalas na entrada do pharynge.

BACTERIOLOGIA

I

Ainda não se conhece o germem especifico da appendicite.

II

Microbios—hospedes do intestino—têm sido encontrados no interior e nas paredes—atravessando-as—da cavidade fechada do appendice.

III

E' a appendicite (por emquanto) uma infecção polymicrobiana.

ANATOMIA E PHYSIOLOGIA PATHOLOGICAS

I

A lesão essencial da appendicite é a folliculite.

II

O appendice inflammado apresenta formas e dimensões variadas.

III

A lesão do peritoneu na appendicite pode se fazer sem perforite.

PHYSIOLOGIA

I

Diversamente interpretado, o valor physiologico do appendice.

II

Inutilidade anatomica, vestigio animal no homem, elemento de defeza organica ou lubreficador do caecum não traz perigos a sua extirpação.

III

Podia não existir, no pensar de alguns authores.

THERAPEUTICA

I

Não ha therapeutica especifica para a appendicite.

II

Só o bistouri é o vector da cura da appendicite.

III

Um minuto perdido na escolha do tratamento é a vida do paciente que periga.

HYGIENE

I

Alguns admittem que os entozoarios que vão ao intestino pela ingestão de aguas suspeitas ou vegetaes não cozidos, produzam appendicite.

II

Cocção destes vegetaes e purificação das aguas, taes portanto os preceitos hygienicos preventivos.

III

Apezar delles, porem, pode surgir uma appendicite.

MEDICINA LEGAL E TOXICOLOGIA

I

E' dever deontologico do cirurgião, bem intencionado, em frente um cazo de appendicite, convencer á familia (o que aliás não é couza facil) da necessidade da operação.

II

Não deve hesitar o cirurgião em abrir o ventre de uma gestante appendicitica, pois si o não fizer quasi que fatalmente comprometterá duas vidas.

III

Terão a maxima applicação estas duas proposições quando for uma verdade o diagnostico urgente, pois hoje, (como sabemos) quasi impossivel esse diagnostico.

PATHOLOGIA CIRURGICA

I

Não é a stase condição «sine qua non» á producção da appendicite.

II

Não é o calculo um elemento constante do appendice inflammado.

III

Nada mais natural que a permeabilidade do appendice no acto operatorio.

OPERAÇÕES E APPARELHOS

I

Chama-se appendicectomia a operação que tem por fim a extirpação do appendice vermiforme.

II

Com este fim, varios methodos teem sido propostos.

III

As incisões mais frequentes são as de: Roux e Max Schüller.

CLINICA CIRURGICA (1.ª CADEIRA)

I

A coexistencia da appendicite e da cholecystite é mais vezes obrigatoria que fortuita: a cholecystite precedendo a appendicite.

II

E' tão grave confundir uma appendicite com uma cholecystite, quanto não distinguir uma cholecystite de uma appendicite.

III

A intervenção cirurgica deve aqui vizar ambas as infecções, pois si grave a cholecystite, muito mais temivel a appendicite.

CLINICA CIRURGICA (2.ª CADEIRA)

I

Na quasi maioria dos cazos lesões gravissimas do peritoneu coincidem com a queda apparente dos symptomas appendiculares.

II

A gravidade das lesões appendiciticas é quasi sempre na razão inversa da gravidade dos symptomas.

III

Sob o ponto de vista do tratamento, deve, pois a appendicite ser considerada uma e unica.

PATHOLOGIA MEDICA

I

Não é a appendicite a conclusão obrigatoria das entero-colites.

II

Os typhicos, propensos ás enterites e ás ulcerações intestinaes, nãs se tornam fatalmente appendiciticos.

III

A enterite é uma excepção na historia pregressa dos appendiciticos.

CLINICA PROPEDEUTICA

I

Inconstante o prognostico da appendicite pelo exame da curva hemo-leucocytaria, porque variavel como todo prognostico de laboratorio, não tem bases fixas.

II

Curva alta indica bom e máu prognostico: bom quando symptomas benignos e mau quando alarmantes, sem contar com as excepções.

III

Não havendo relação directa entre a gravidade dos symptomas e a da lesão, não deve aqui merecer confiança este meio propedeutico, mesmo porque urgentes como devemos ser, nas primeiras 48 horas da crise, não podemos ajuizar por esta curva o que aconselham os seus sectarios.

CLINICA MEDICA (1.ª CADEIRA)

I

Não existe hoje, em clinica, appendicite medica.

II

Nos levam á esta crença: o caracter insignificativo dos signaes clinicos appendiciticos e a inacção curativa do tratamento medico.

III

Precisamos impedir que a lesão se estenda—pois ahi todo o perigo—e não será por emquanto a Medicina que o irá fazer.

CLINICA MEDICA (2.ª CADEIRA)

I

Só excepcionalmente os entericos se tornam appendiciticos.

II

Dahi não se conclua que a entero-colite immuniza o individuo para a appendicite.

III

O tratamento da appendicite não pode e nem deve ser o mesmo das inflammações do resto do intestino.

MATERIA MEDICA, PHARMACOLOGIA E ARTE DE FORMULAR

I

E' de merecer desconfiança o emprego dos opiaceos e dos purgativos (juntos ou isoladamente) na appendicite, pois ha entre elles incompatibilidade de acção ou antagonismo directo e verdadeiro.

II

Ha incompatibilidade physiologica porque os opiaceos constipam e os purgativos produzem dyarrhéa.

III

Desta sorte, não sabemos si reter os preductos toxi-infecciosos, constipando ou si procurar expulsal-os, purgando.

HISTORIA NATURAL MEDICA

I

Entre os vermes nematoides, importantes na questão da appendicite, destacam-se: o tricocephalos dispar e o ascaride lombricoide.

II

Não é o facto da existencia de ovos ou embryões destes entozoarios, nas fezes, nos alimentos ou no appendice de

appendiciticos que apoiará a theoria de Metchnikoff que os considera portadores microbianos ao appendice.

III

Admittimos a hypothese de uma appendicite verminosa, representando o verme, o papel de verdadeiro calculo appendicular.

CHIMICA MEDICA

I

Mucus é o producto de secreção das cellulas epitheliaes, caliciformes na superficie das mucosas (appendicular).

II

De reacção alcalina, salvo o mucus vaginal.

III

A sua quantidade augmenta quando a mucosa se inflamma.

OBSTETRICIA

I

E' facto que a lithiase pode depender da gravidez.

II

E' a lithiase factor etiologico importante, mas não exclusivo, da appendicite.

III

Logo, a gravidez pode favorecer a appendicite.

CLINICA OBSTETRICA E GYNECOLOGICA

I

A appendicite pode complicar a gravidez, o parto e a puerperalidade.

II

E' para temer nestes casos a infecção do apparelho genital da mulher.

III

Ainda aqui a operação se impõe.

CLINICA PEDIATRICA

I

A appendicite pode apresentar-se na infancia.

II

O seu diagnostico neste caso é muito difficil senão impossivel.

III

A cura da appendicite infantil é por demais problematica.

CLINICA OPHTALMOLOGICA

I

A xantopsia é a vizão amarella dos ictericos.

II

Não seria para admirar que um appendicitico apresentasse esta perversão visual.

III

Seria explicada pela ictericia appendicular.

CLINICA DERMATOLOGICA E SYPHILIGRAPHICA

I

Multiplas e variadas, as perturbações digestivas consecutivas á syphilis.

II

A dyarrhéa— symptoma de uma enterite especifica — explicada pela influencia do virus syphilitico sobre os folliculos do intestino, nos lembra a possibilidade de acção do mesmo virus sobre os folliculos da mucosa appendicular.

III

Dahi, tambem, a possibilidade de uma appendicite syphilitica.

CLINICA PSYCHIATRICA E DE MOLESTIAS NERVOSAS

I

Microbios e toxinas appendiciticas podem actuar sobre o systema nervoso.

II

Os accidentes appendiculares neuro-toxicos são muito graves.

III

A morte é quasi sempre a conclusão delles.

Visto.

Secretaria da Faculdade de Medicina da Bahía, em 30 *de Outubro de* 1909.

O SECRETARIO,

Dr. Menandro dos Reis Meirelles.